UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ŞI FARMACIE
NICOLAE TESTEMIŢANU

CATEDRA DE UROLOGIE ŞI NEFROLOGIE
CHIRURGICALĂ

Emil Ceban

Indicaţii metodice la tema:

SEMIOLOGIA BOLILOR UROLOGICE

Chişinău
Centrul Editorial-Poligrafic *Medicina*
2006

PREFAȚĂ

Această elaborare metodică cuprinde direcțiile și subiectele de bază necesare, volumul cunoștințelor și deprinderilor practice pe care studentul trebuie să le acumuleze și însușească în timpul orelor practice.O atenție deosebită se va acorda lucrului individual al studentului la patul bolnavului, la efectuarea manoperelor practice.

Durata seminarului – 4 ore (180 min.)

Scopul ocupației: Aprofundarea și consolidarea cunoștințelor despre semiologia bolilor urologice. Familiarizarea cu componentele principale în baza cărora se poate de diagnosticat o patologie urologică. Oferirea de cunoștințe care sunt necesare pentru studierea maladiilor urologice.

Studenții trebuie să cunoască:

1. Clasificarea manifestărilor clinice în bolile urologice.
2. Patogeneza și caracteristica durerilor în regiunea organelor urogenitale și iradierea lor. Se evidențiază durerile caracteristice colicii renale și diferențierea lor de alte patologii acute.
3. Dereglările de micțiune.
4. Dereglările cantitative ale urinei.
5. Dereglările calitative ale urinei.
6. Eliminările patologice din căile urinare.
7. Schimbările din spermă.

Profesorul trebuie să atragă atenția studenților asupra următoarelor compartimente practice:

Caracterul durerilor renale, ureterale, vezicale, peniene, uretrale și ale celor testiculare în funcție de maladia urologică, iradierea lor corespunzătoare. Un rol deosebit se atribuie datelor anamnezei corecte.

PLANUL SEMINARULUI:

1. Introducere –10 min.
2. Controlul nivelului inițial de cunoștințe și rezolvarea problemelor de situație – 45 min., inclusiv :
   oral –15 min.
   testare – 30 min.
3. Curația bolnavilor – 40 min.
4. Discuții asupra pacienților – 30 min.
5. Analiza și comentarea rezultatelor investigațiilor și ale fișelor de observare a pacientului (lucrul cu radiogramele, ecogramele, renogramele) etc. – 45 min.
6. Concluzii, totaluri, tema pentru următorul seminar, bibliografia necesară –10 min.

LOCUL DESFĂȘURĂRII:

1. Catedra de urologie și nefrologie chirurgicală.
2. Secția de urologie a SCR sau altor baze clinice.
3. Sala de studii a catedrei.

DURERILE ÎN BOLILE UROLOGICE

Pot fi acute și surde.

Durerea în regiunea lombară este caracteristică pentru colica renală. Iradierea durerii în regiunea inghinală se atestă în maladiile ureterale, durerea în regiunea suprapubiană este specifică pentru maladiile vezicii urinare, în perineu – pentru cele ale prostatei.

Pentru aprecierea diagnosticului corect are mare importanță caracterul durerii, localizarea și iradierea ei.

Durerile renale: Cele mai caracteristice și grave dureri sunt în timpul colicii renale. La baza lor se află dereglarea acută a pasajului de urină din căile urinare superioare în urma obturării sau a compresiunii lor. Are loc mărirea bruscă a tensiunii intrabazinetare pe care o percep baroreceptorii ce se află în bazinet.

Impulsurile de la acești receptori se transmit la segmentul respectiv al măduvei spinării, de unde, pe căi aferente, spre formațiunile nociceptive centrale, inclusiv în scoarță, unde sunt analizate și integrate ca senzație dureroasă.

Spasmarea musculaturii bazinetului, calicelor sau ureterului face să crească și mai mult tensiunea în căile urinare proximal de obstacol, amplificând durerea.

Din cauza măririi tensiunii intrabazinetare apare spasmarea reflexă a vaselor renale ceea ce duce la ischemia parenchimului renal și, ca rezultat, durerea crește.

Edemul parenchimal renal provoacă mărirea volumului rinichiului, condiționând hiperextensiunea capsulei fibroase, care conține un număr mare de receptori. Atunci colica renală atinge cota maximă.

Colica renală mai frecvent este cauzată de calculi la rinichi și uretre, cheaguri de sânge, conglomerate de săruri, puroi. Durerile apar în regiunea lombară cu iradiere în regiunea inghinală corespunzătoare, în regiunea suprapubiană, organele genitale externe, uretră, partea medială a coapsei, fiind însoțite de micțiuni frecvente și dureroase (disurie).

Simptomele de taponoment, Pasternațki pozitiv pe partea afectată.

Este necesar a diferenția colica renală de alte maladii cum sunt: apendicita, colica hepatică, colecistita acută, pancreatita acută, ulcerul perforant, ocluzia intestinală, anexita acută, sarcina extrauterină, radiculita acută, miozita acută.

Durerile renale surde se întâlnesc la pielonefrite, nefrolitiază, hidronefroză, cancer papilar al bazinetului și ureterului, tuberculoza renală.

Pentru durerile ureterale este caracteristică iradierea de sus în jos, localizarea în regiunea inghinală.

Durerile în regiunea vezicii urinare pot fi primare – când patologia se află în vezică; și secundare – când cauza durerilor ține de alte organe ale sistemului urogenital, dar iradiază în vezică.

În maladiile vezicii urinare durerile apar numai când este afectat stratul muscular al vezicii – explicarea este că în alte straturi nocireceptorii lipsesc.

Se va atrage atenţie asupra caracterului durerilor la diferite afecţiuni ale vezicii urinare acute şi cronice; caracterul durerilor în cazul afectării specifice a vezicii urinare.

Se va ţine cont şi de durerile uretrale, din regiunea perineală, cauzate de maladiile prostatei, de durerile testiculare.

DEREGLĂRILE DE MICŢIUNE

Înainte de a discuta patologia urinară vom concretiza parametrii funcţionării normale a rinichilor.

Diureza unui om în timp de 24 ore este aproximativ 1500 ml urină (la femei acest indicator este mai mic şi depinde de starea fiziologică, de cantitatea de lichid întrebuinţată, munca fizică efectuată şi temperatura mediului înconjurător).

Frecvenţa urinării – numărul de micţiuni, este de 4–6 ori la 24 ore. Capacitatea fiziologică (volumul) a vezicii urinare constituie 250–300 ml.

Patologia urinară include o simptomatologie complexă, la care ne vom referi în continuare.

Polachiuria – este mărirea numărului de micţiuni în condiţiile când cantitatea de urină este normală. Este caracteristică pentru patologia căilor urinare inferioare.

Oligachiuria – micţiuni rare. Este legată de patologia neurologică, inervaţia vezicii urinare.

Nicturia – diureza de bază din zi are loc noaptea. Se întâlneşte în patologia cardiovasculară – la insuficienţa cardiovasculară. (Apar edeme ascunse).

Stranguria – micţiune îngreuiată, combinată cu micţiune frecventă şi dureroasă. Se observă în cistită, calculi ai vezicii urinare, tuberculoză, prostatită, veziculită, cancerul de prostată.

Incontinenţa de urină – eliminarea urinei involuntar, fără chemări la micţiune.

Poate fi: a) esenţială;
b) falsă.

În incontinenţa esenţială integritatea anatomică este păstrată, dar are loc insuficienţa sfincteriană a vezicii urinare. Ea poate fi permanentă sau periodică în anumite poziţii ale corpului, la efort fizic neînsemnat (dans, fugă, încordare, săritură, râs, plâns).

Mai frecvent se observă la femei cu corsetul muscular slăbit, mai ales al bazinului mic, cu scăderea tonusului sfincterian în urma prolapsului uterin, vaginal.

Incontinenţa falsă apare în caz de anomalii de dezvoltare la nivelul vezicii urinare, ureterului, uretrei. Uneori este o consecinţă a traumelor, intervenţiilor chirurgicale, fiind cauzată de apariţia fistulelor cu organele vecine (fistule vezico-vaginale; vezico-rectale; uretro-vaginale; uretro-rectale).

Nereţinerea urinei – imposibilitatea de a reţine urina în condiţiile chemărilor imperative, chinuitoare, violente.

Se întâlneşte la cistite acute, adenom de prostată gr.I.

La copii acest simptom poate apărea în timpul jocurilor captivante, când vezica este plină şi ei uită de micţiune.

Micţiunea îngreunată este o micţiune chinuitoare, jetul urinar scăzut, parabola cu amplitudine mică, cu picături sau cu întreruperi în timpul actului de micţiune fără a avea senzaţia de eliberare a vezicii urinare.

Se întâlneşte în caz de stricturi de uretră, adenom, cancer de prostată.

Retenţia de urină

Poate fi: a) acută;
b) cronică;
c) işuria paradoxa.

Retenţia de urină acută – lipsa actului de micţiune cu prezenţa chemărilor imperative. Vezica urinară e plină, sunt prezente durerile în regiunea suprapubiană. Se poate datora obstrucţiei mecanice.

Obstrucția mecanică – adenom de prostată;
– tumoare la prostată;
– strictură la uretră, etc.

Poate fi neuroreflexă – după intervenții chirurgicale;
– după un stres;
– după aflarea în poziția orizontală timp îndelungat.

Aici trebuie să facem diagnosticul diferențial cu anuria.

Retenția de urină cronică – apare la închiderea incompletă a căilor urinare inferioare de către un obstacol. Se întâlneşte la adenom de prostată, scleroza de prostată, strictura uretrei.

Işuria paradoxa – apare din cauza reținerii cronice de urină timp îndelungat, la dilatarea decompensată a aparatului muscular şi sfincterian al vezicii urinare în urma acumulării urinei reziduale. Urina se elimină involuntar, cu picătura.

Se atestă la adenomul de prostată gr.III.

SCHIMBĂRILE CANTITATIVE ALE URINEI

Poliuria – mărirea patologică a cantității de urină eliminată. Eliminarea mai mult de 2000 ml urină timp de 24 ore, ca regulă, cu densitatea relativă scăzută (1002–1012).

Are loc în pielonefrite cronice, polichistoza renală, adenomul de prostată, complicație cu IRC, diabetul insipid.

Oliguria – micşorarea cantității de urină < 500 ml.

Anuria – patologie caracterizată prin faptul că rinichii nu produc şi nu elimină urină sau prin absența ei în vezica urinară, controlată prin sondaj vezical. Se consideră anurie când cantitatea de urină ≤ 50 ml/24 ore.

Poate fi: – arenală;
– prerenală;
– renală;
– postrenală.

Anuria arenală – lipsa rinichilor sau nefrectomia unicului rinichi funcțional.

Anuria prerenală – schimbări acute în vascularizarea rinichilor: este legată de tromboza vasculară, şoc, colaps, deshidratarea masivă.

Anuria renală – alterarea țesutului renal şi a glomerulilor direct: nefrita, glomerulonefrita, intoxicație acută, incompatibilitate după grup sangvin şi RH, intoxicație cu chimicale, substanțe toxice, medicamente, reacții alergice, etc.

Anuria postrenală – apare în urma unui obstacol care face imposibil pasajul urinar din rinichi în căile urinare inferioare.

Are loc în: nefrolitiaza bilaterală, tumori, ligaturarea ureterelor ori excizarea lor în timpul operațiilor ginecologice.

Opsouria – eliminarea unei cantități mai mari de urină peste 24 ore după întrebuințarea unei cantități mari de lichid.

Are loc în insuficiența cardiovasculară, patologia hepatică, pancreatică.

SCHIMBĂRILE CALITATIVE ALE URINEI

NORMA: Densitatea urinei 1003-1025; pH 6.0–7.0

Hiperstenuria ↑ – mărirea densității urinei.

Hipostenuria ↓ – micşorarea densității urinei.

Izohipostenuria – când densitatea urinei este egală cu densitatea plasmei sângelui.

Urina la omul sănătos este transparentă şi de culoare galbenă.

Proteinuria – prezența proteinelor în urină.

Indicele normal al concentrației proteinei în urină este 0.033 gram/litru

Proteinuria poate fi: – glomerulară — selectivă
– tublulară — neselectivă
– combinată

Piuria – prezența puroiului în urină (leucociturie)

Hematuria – prezența sângelui în urină (eritrociturie).

Poate fi: – macrohematurie inițială;
– microhematurie totală;
terminală.

Mioglobinuria – prezența concentrației mărite de mioglobină în urină la distrugerea sau compresiunea mușchilor (la crash-sindrom).

Cilindruria – apariția cilindrilor în urină (hialinici, granulari și ceroși).

Bacteriuria – prezența în urină a bacteriilor specifice și nespecifice (escherichia coli, streptococ, stafilococ, proteus vulgaris.)

În mod normal urina e sterilă.

Pneumaturia – eliminarea cu urina a aerului și gazelor. Apare după diferite metode instrumentale, invazive de tratament.

Lipuria – prezența în urină a lipidelor. Are loc în timpul traumatismului, fracturilor oaselor tubulare, în filarioză.

Hidatiduria – (echinococuria). Se observă la echinococoza renală când hidatidele nimeresc în urină.

ELIMINĂRILE PATOLOGICE DIN CĂILE URINARE

Eliminările purulente – se atestă în uretrite, prostatite, gonoree, tricomoniaza.

Pot însoți diferite maladii ale măduvei spinării (mielite), traumele coloanei vertebrale, prostatita cronică.

Prostatoreea – după actul de micțiune sau defecație pe uretră se elimină conținutul lichid al spermei fără prezența spermatozoizilor (atonia, hipotonia prostatei).

SCHIMBĂRILE ÎN SPERMĂ

În condiții normale un mililitru de spermă conține mai mult de 60 milioane de spermatozoizi, dintre care 80% sunt activimobili timp de 30 minute.

Aspermatism – lipsa ejaculației în timpul actului sexual cu păstrarea erecției.

Azoospermie – lipsa în ejaculat a spermatozoizilor dezvoltați, apți de fecundare.

Oligospermie - micșorarea numărului total de spermatozoizi (sub 20 mln. în 1 ml de spermă).

Oligoazospermie – insuficiența necesară a spermatozoizilor în ejaculat de la 30 mln. – 5 mln., din care activi sunt 30%, (nedezvoltarea testiculelor, criptorhidie, anomalie de dezvoltare).

Hemospermia – sânge în spermă (procese inflamatorii).

PROBLEME DE SITUAȚIE

1. Pacientul A.,45 ani, internat în secția urologie acuză dureri pronunțate în regiunea lombară pe dreapta cu iradiere în regiunea inghinală corespunzătoare. Din anamnestic: durerile au fost provocate după mers în trăsură. A urinat frecvent și dureros cu urină de culoare roșie. *Analize de laborator*: hemograma – fără schimbări; Urograma: cantitatea – 100 ml, densitatea relativă – 1025; reacția – acidă; eritrocitele acoperă câmpul optic; leucocite – 2–3 în câmpul optic; săruri – oxalați.

Ce patologie suspectați? Care va fi tactica Dumneavoastră de mai departe?

2. Pacienta C.,65 ani, internată în secția urologie acuză dureri surde, permanente în regiunea lombară dreaptă de mai mult timp. Greață, vomă. De trei zile nu urinează și nici nu are senzație de micțiune. Din anamneză: a suportat nefrectomie pe stânga cu cinci ani în urmă pe motiv de pielonefrită purulentă calculoasă.

Ce considerații aveți? Care va fi tactica D-voastră și cu ce boli veți face diagnosticul diferențial?

3. Pacienta N.,20 ani, s-a adresat la medic cu acuze la micţiuni frecvente, dureroase,usturime la sfârşitul micţiunii cu eliminarea unei picături de sânge. Din anamneză: pacienta s-a scăldat într-un bazin cu apă rece.

Cum credeţi, care este cauza hematuriei? Prin ce metode veţi depista nivelul şi provenienţa ei?

ÎNTREBĂRI DE CONTROL:

1. Enumeraţi manifestările clinice în bolile urologice.
2. Cum se clasifică durerile în patologia urologică?
3. Care este localizarea şi caracteristica durerilor renale.
4. Descrieţi durerile în timpul colicii renale (patogenia durerilor).
5. Ce patologii se manifestă prin dureri surde în regiunea lombară?
6. Caracterizaţi durerile suprapubiene, uretrale şi funiculo-scrotale.
7. Ce înţelegeţi prin termenul dereglări de micţiune şi care sunt ele?
8. Denumiţi formele de polachiurie şi în ce patologii le întâlnim.
9. Care sunt felurile de incontinenţă urinară?
10. Ce este retenţia de urină, care sunt formele şi cauzele ei?
11. Caracterizaţi schimbările cantitative ale urinei.
12. Numiţi formele de anurie, cauzele, patogenia, mecanismul.
13. Faceţi diagnosticul diferenţial între anurie şi retenţia acută de urină.
14. Enumeraţi şi caracterizaţi schimbările calitative ale urinei.
15. Explicaţi nivelul hematuriei în baza rezultatelor probei cu trei pahare.
16. Care afecţiuni urologice pot provoca eliminări patologice din căile urinare?
17. Caracterizaţi schimbările în spermă şi cauza lor.

TESTE:

1. Poliuria este definită ca diureza de 24 ore ce depăşeşte:
   A. 500 ml
   B. 1000 ml
   C. 1500 ml
   D. 2000 ml
   E. 3000 ml

2. Un bolnav poate fi etichetat ca anuric dacă:
   A. Diureza este sub 100 ml/24h.
   B. Diureza e absentă şi prezintă glob vezical
   C. Clerensul cu creatinină este 10 ml/min
   D. Toate răspunsurile sunt corecte
   E. Nici un răspuns nu este corect

3. Care dintre acuzele de mai jos nu sunt caracteristice pentru colica renală?
   A. Durere izolată în epigastru
   B. Microhematurie
   C. Dureri lombrare cu iradiere
   D. Disurie
   E. Polachiurie

4. Comportarea pacientului în colică renală:
   A. Nemişcat pe spate (ortostatic)
   B. Neliniştit, schimbând permanent poziţia corpului
   C. Culcat pe burtă
   D. Poziţie verticală
   E. Picioarele strânse la burtă

5. Iradierea tipică a durerilor în colica renală este următoarea:
   A. În umăr şi omoplat
   B. În procesul xifoid
   C. În regiunea epigastrică
   D. În regiunea cervicală
   E. În regiunea inghinală, partea internă a femurului, organele genitale externe

6. În care patologie acută pulsul este normal (nu este frecvent), fiind un semn important în diagnosticul diferențial?

A. Apendicita acută
B. Peritonită
C. Pielonefrita apostematoasă
D. Colecistită acută
E. Colică renală

7. Incontinența esențială de urină este cauzată de:

A. Insuficiența sfincteriană a vezicii urinare
B. O fistulă vezico-vaginală
C. O fistulă vezico-ureterală
D. Extrofia vezicii urinare
E. Epispadie

8. Oliguria este definită ca diureza de 24 ore ce nu depășește:

A. 500 ml
B. 1000 ml
C. 1500 ml
D. 2000 ml
E. 3000 ml

9. Care din anuriile enumerate sunt de origine obstructivă?

A. Arenală
B. Prerenală
C. Renală
D. Postrenală
E. Nici un răspuns nu este corect

10. Densitatea normală a urinei este:

A. 1,001–1,005
B. 1,005–1,010
C. 1,012–1, 028
D. 1,030–1,040
E. Nici un răspuns nu este corect

11. Anurie este cantitatea de urină:

A. 0 ml
B. Până la 50–100 ml
C. 100–500 ml
D. 500–1500 ml
E. Peste 2 l

Grilă:

1. Răspuns corect – D
2. Răspuns corect – A
3. Răspuns corect – A
4. Răspuns corect – B
5. Răspuns corect – E
6. Răspuns corect – E
7. Răspuns corect – A
8. Răspuns corect – A
9. Răspuns corect – D
10. Răspuns corect – C
11. Răspuns corect – B

BIBLIOGRAFIE

1. Sinescu I.,*Urologie clinică*, Ed.Med. Amaltea, Bucureşti, 1998.
2. Tode V., *Urologie clinică*,Constanţa, 2000.
3. Popescu E., *Urologie clinică*, Ed.Olimp, 1994.
4. Proca E., *Urinarea dificilă*, Ed.Med.Bucureşti, 1995.
5. *Urologie şi nefrologie chirurgicală*. Curs de prelegeri pentru studenţi şi rezidenţi. Sub redacţia Prof.Dr. A.Tănase, Chişinău, Ed.Med, 2005.
6. Лопаткин Н.А., *Руководство по урологии*, Москва, Медицина, 1998, Том 1.

